

**COMMUNE DE MAREUIL LE PORT**

**INSCRIPTIONS 2021-2022**

**CENTRE DE LOISIRS**

**RESTAURATION – SURVEILLANCE MATIN/SOIR - GARDERIE MERCREDI**

**COMPOSITION DU FOYER : Vous devez compléter le tableau ci-dessous avec les renseignements concernant les personnes vivant au foyer.**

| <b>Nom prénom<br/>(nom de jeune fille<br/>pour la femme mariée)</b> | <b>Lien de parenté<br/>avec (le) ou les<br/>enfants</b> | <b>Date de<br/>Naissance</b> | <b>Adresse</b> | <b>N° téléphone</b> |                 |
|---|---|------------------------------|----------------|---------------------|-----------------|
|   |   |                              |                | <b>Fixe</b>         | <b>Portable</b> |
|   |   |                              |                |                     |                 |
|   |   |                              |                |                     |                 |

**ETES VOUS MARIÉS : OUI ou NON    PACSES : OUI ou NON    CONCUBINS : OUI ou NON (entourer la mention utile).**

Pour information : Les membres composant le foyer sont débiteurs solidaires (en cas de non-paiement les poursuites peuvent être engagées contre la personne désignée comme payeur et l'autre membre du foyer).

**ATTENTION, IMPORTANT ET OBLIGATOIRE : Sachez que l'adresse mail est utile pour différentes informations à vous faire connaître.**

|  |  |
|--|--|
| <b>Nom du payeur (Membre du Foyer)</b> |  |
| <b>Adresse mail</b>                    |  |

**REGLEMENT DE LA FACTURE A COMPTER DE LA FACTURATION DE SEPTEMBRE 2021**

|   |   |
|---|---|
| Par prélèvement, le 10 de chaque mois. <b>Ce mode de paiement est à privilégier.</b><br>- Joindre 1 RIB à votre dossier<br>- 1 mandat de prélèvement vous sera adressé pour signature | <b>Accord pour prélèvement<br/>( Cocher la case ci-dessous)</b> |
|   |   |

**PROFESSION :**

| <b>Profession</b>          | <b>Nom de l'Entreprise<br/>Code Postal et Ville</b> |
|----------------------------|---|
| <b>Père ou concubin :</b>  |   |
| <b>Mère ou concubine :</b> |   |

**LEQUEL DES PARENTS EST ALLOCATAIRE : Père ou Mère (entourer la mention utile)**

|                             |                       |
|-----------------------------|-----------------------|
| <b>Caisse ( CAF ou MSA)</b> | <b>N° Allocataire</b> |
|                             |                       |

**ENFANTS CONCERNES PAR LES INSCRIPTIONS AUX DIFFERENTS SERVICES**

| <b>Nom Prénom</b> | <b>Date de<br/>Naissance</b> | <b>Lieu de Naissance</b> | <b>Adresse</b> | <b>Classe fréquentée<br/>à la rentrée</b> |
|-------------------|------------------------------|--------------------------|----------------|---|
|                   |                              |                          |                |   |
|                   |                              |                          |                |   |
|                   |                              |                          |                |   |

**PERSONNES A PREVENIR EN CAS D'URGENCE ( 3 personnes maxi)**

| <b>Nom Prénom</b> | <b>Lien de parenté avec l'enfant</b> | <b>N° de téléphone</b> |
|-------------------|--------------------------------------|------------------------|
|                   |                                      |                        |
|                   |                                      |                        |
|                   |                                      |                        |

### SERVICES RETENUS

#### CENTRE DE LOISIRS D'ETE (pour les enfants de la commune et extérieurs à la commune)

Toutes les semaines retenues sont dues. (mettre une croix dans les cases utiles)

| Prénom de l'enfant | 1 <sup>ère</sup> semaine<br>du 07.07 au<br>09.07 |               | 2 <sup>ème</sup> semaine<br>Du 12.07 au<br>16.07 |               | 3 <sup>ème</sup> semaine<br>Du 19.07 au<br>23.07 |               | 4 <sup>ème</sup> semaine<br>Du 26/07 au<br>27/07 |               |
|--------------------|--|---------------|--|---------------|--|---------------|--|---------------|
|                    | Avec<br>repas                                    | Sans<br>repas | Avec<br>repas                                    | Sans<br>repas | Avec<br>repas                                    | Sans<br>repas | Avec<br>repas                                    | Sans<br>repas |
|                    |  |               |  |               |  |               |  |               |
|                    |  |               |  |               |  |               |  |               |
|                    |  |               |  |               |  |               |  |               |

#### RESTAURATION EN PERIODE SCOLAIRE (mettre une croix dans les cases utiles)

La fréquentation doit être régulière toute l'année

| Prénom de l'enfant | Lundi | Mardi | Jeudi | Vendredi |
|--------------------|-------|-------|-------|----------|
|                    |       |       |       |          |
|                    |       |       |       |          |
|                    |       |       |       |          |

#### LES AUTRES SERVICES (mettre une croix dans les cases utiles)

Pour ces services, une fiche de présence sera à rendre tous les 20 du mois valable pour le mois d'après.

| Prénom de l'enfant | Surveillance matin |     | Surveillance soir |     | Garderie mercredi |       |                |
|--------------------|--------------------|-----|-------------------|-----|-------------------|-------|----------------|
|                    | Oui                | Non | Oui               | Non | Matin             | Repas | Après-<br>midi |
|                    |                    |     |                   |     |                   |       |                |
|                    |                    |     |                   |     |                   |       |                |
|                    |                    |     |                   |     |                   |       |                |

### INFORMATIONS MEDICALES

#### MEDECIN TRAITANT

Nom, code postal et ville :

#### VACCINS (mentionner la date du dernier vaccin)

| ENFANTS | BCG | DT Polio | ROR | Coqueluche | Haemophilus | Hépatite B | Pneumocoque | Méningocoque |
|---------|-----|----------|-----|------------|-------------|------------|-------------|--------------|
|         |     |          |     |            |             |            |             |              |
|         |     |          |     |            |             |            |             |              |
|         |     |          |     |            |             |            |             |              |

#### MALADIES ( cocher les cases utiles)

| ENFANTS | ANGINE | COQUELUCHE | VARICELLE | RUBEOLE | ASTHME | RHUMATISME | OTITE |
|---------|--------|------------|-----------|---------|--------|------------|-------|
|         |        |            |           |         |        |            |       |
|         |        |            |           |         |        |            |       |
|         |        |            |           |         |        |            |       |

#### RECOMMANDATIONS MEDICALES QUE VOUS JUGEZ UTILES :

(Port de lunettes, port d'appareil dentaire, hospitalisation, régime alimentaire etc ...)

| ENFANTS | RECOMMANDATIONS |
|---------|-----------------|
|         |                 |
|         |                 |
|         |                 |

Date et signature